FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 398

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'étude Physiologique et Clinique

DE LA

PAROI ABDOMINALE

PENDANT

L'ACCOUCHEMENT ET SES SUITES

PAR

Gaston CHAMARD

Né à Saint-Vrain (Seine-et-Oise) le 30 décembre 1882
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

Président : M. PIERRE DELBET, *Professeur.*

PARIS
Librairie Médicale & Scientifique
Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de bien vive affection
et de profonde reconnaissance

A MA GRAND-MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1904. M. le Docteur Ernest MOSNY médecin de l'hôpital Saint Antoine.

Externat

1905. M. le Professeur Pierre DELBET, chirurgien de l'hôpital Necker.

1906. M. le Docteur Lucien JACQUET, médecin de l'hôpital Saint Antoine.

1907. M. le Docteur COURTOIS-SUFFIT, médecin de la maison municipale de Santé.

1908. M. le Professeur Agrégé VAQUEZ, médecin de l'hôpital Saint Antoine.

1909. M. le Docteur VARIOT, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

1910 M. le Professeur Agrégé DEMELIN, accoucheur de l'hôpital TENON.

A MM. les Docteurs CASTAIGNE, LAUBRY, CAUCHOIX BEAUFUME, LEMAIRE.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons passé à la maternité de l'hôpital Tenon, dans le service de M. le professeur agrégé Demelin, nous avons eu l'occasion d'observer une femme qui portait une éventration excessivement volumineuse au niveau d'une cicatrice ancienne d'appendicectomie. Chez cette femme l'expulsion fut très lente et nécessita une application de forceps, car l'enfant commençait à souffrir.

Sur les conseils de notre maître M. le professeur agrégé Demelin nous avons décidé de choisir comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude physiologique et clinique de la paroi antéro-latérale de l'abdomen pendant l'accouchement et ses suites. Qu'il nous soit permis de lui adresser ici toute notre gratitude et nos plus sincères remerciements tant pour tous les renseignements qu'il a bien voulu nous donner au sujet de notre thèse, que pour l'enseignement général qu'il nous prodigua pendant le temps trop court passé auprès de lui à Tenon.

Nous adressons également nos plus sincères remerciements à notre maître. M. le professeur Pierre Delbet pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien présider notre thèse.

Résumé anatomique de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

La cavité abdominale est fermée en avant et sur les côtés par des muscles importants, auxquels sont annexées différentes formations aponévrotiques. Ces muscles sont au nombre de 4 : grand oblique, petit oblique, transverse et grand droit.

Les trois premiers venus des parties inférieures de la cage thoracique et de la crête iliaque, se terminent par de larges tendons aponévrotiques qui s'unissent en 2 feuillets formant loge fibreuse pour le dernier. Ils vont ensuite s'entrecroiser su la ligne médiane en un raphé fibreux la ligne blanche.

Le grand droit descend verticalement de la partie antérieure de la cage vers la symphyse pubienne.

Des deux obliques, le grand descend des côtes vers la ligne blanche et le pubis, tandis que le petit monte du bassin vers les côtes inférieures et la ligne blanche, le plus profond, le transverse, dirige transversalement ses fibres charnues ou aponévrotiques, des apophyses costiformes des vertèbres lombaires vers la ligne blanche.

A la partie moyenne de la paroi antérieure de l'abdomen se trouve situé l'ombilic. Cette partie antérieure de la paroi est en général convexe en avant.

La peau est mince, souple, très mobile, sauf au niveau de l'ombilic où elle adhère aux plans profonds.

Le tissu cellulaire sous-cutané forme presque partout un fascia superficialis à 2 feuillets entre lesquels se dispose une couche plus ou moins épaisse de tissu adipeux. Dans ce tissu sous-cutané cheminent les vaisseaux et les nerfs superficiels.

La COUCHE MUSCULO-APONÉVROTIQUE renferme deux muscles :

Le grand droit et le pyramidal de l'abdomen, enveloppés l'un et l'autre par une gaîne commune, la gaîne du grand droit.

Le GRAND DROIT de l'abdomen est un muscle rubané, plus large en haut qu'en bas, occupant toute la hauteur de la région, entre le sternum et le pubis. Il naît à son extrémité inférieure sur le corps du pubis par un tendon quadrilatère se fixant entre l'épine et l'angle près de la face antérieure de l'os. De là il se porte en haut et un peu au dehors, s'élargit et se divise en atteignant le thorax en trois languettes terminales qui s'insèrent : la plus interne sur l'appendice xyphoïde et le cartilage de la 7e côte, la plus externe sur le bord inférieur de la 5e côte, la moyenne sur le bord inférieur de la sixième.

Ce muscle comme on le sait, est interrompu de distance en distance par des intersections aponévrotiques très irrégulières du reste dans leur situation et leur nombre ; ce dernier variant d'ordinaire de 3 à 5.

Le PYRAMIDAL, formation athrophique et rudimentaire est un petit muscle triangulaire à base inférieure. Situé en avant du grand droit, à la partie antérieure et inférieure de la région. Il s'insère en bas sur le pubis entre

la symphyse et l'épine. En haut il se termine par une extrémité effilée sur la ligne blanche à égale distance entre la symphyse et l'ombilic.

Gaine du grand droit. — De chaque côté le grand droit est contenu dans une véritable gaîne fibreuse que lui forment les tendons aponévrotiques des 3 muscles larges de l'abdomen. (Grand et petit oblique. Tranverse). en se portant vers la ligne blanche où ils s'entrecroisent avec les aponévroses similaires du côté opposé.

En effet nous savons que l'aponévrose d'insertion du grand oblique passe en avant du muscle droit, celle du transverse en arrière Quant à celle du petit oblique elle se divise en atteignant le bord externe du muscle droit en 2 feuillets, dont l'un antérieur, passe en avant du muscle en se fusionnant avec l'aponévrose du grand oblique dont l'autre, postérieur, passe en arrière en se fusionnant à son tour avec l'aponévrose du transverse.

On sait également que cette disposition subit à la partie inférieure de la région une modification importante : à ce niveau en effet les tendons aponévrotiques précités passent tous en avant du grand droit, et de ce fait, la loge se trouve uniquement fermée en arrière par le fascia transversalis.

Le point où les tendons cessent de passer en arrière du grand droit est marqué par un bord transversal, courbe à concavité inférieure, c'est *l'arcade de Douglas*.

Le muscle droit est presque entièrement libre dans sa gaîne, dont il est séparé par du tissu cellulaire lâche en général très mince, sauf cependant à la partie inférieure où il acquiert une certaine épaisseur, par suite de

l'écartement du tendon d'insertion du muscle et du fascia transversalis, faisant à ce niveau l'espace sus-pubien ou cavun supra-pubicum de Leusser.

Ligne blanche. — Sous ce nom on désigne le raphé fibreux situé entre les grands droits et formé par l'entrecroisement des tendons aponévrotiques des 3 muscles larges de l'abdomen.

Elle répond en général à la ligne médiane. Son épaisseur est de 2 ou 3 millimètres.

Dans ses deux tiers supérieurs, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic la ligne blanche est membraneuse, large, rubanée, d'autant plus large qu'on se rapproche de l'ombilic : elle mesure en effet successivement comme largeur 5 à 6 millimètres en haut 10-12 à la partie moyenne et 20-22 au niveau de l'ombilic. Dans son tiers inférieur sur une longueur de 12 à 14 centimètres, elle n'est plus qu'un interstice presque linéaire de 2 à 3 millimètres de largeur.

L'entrecroisement des faisceaux tendineux ménage de place en place, surtout dans la portion sus-ombilicale des petits orifices elliptiques livrant passage soit à des vaisseaux soit à rameaux nerveux perforants soit à des pelotons adipeux. C'est par ces orifices que se produisent les hernies épigastriques.

Couches rétro-musculaires. — En arrière du grand droit et de sa gaîne se trouvent 4 plans :

1°) *Le fascia transversalis* qui représente le feuillet postérieur de l'aponévrose d'enveloppe du muscle transverse.

Très mince dans la portion sus-ombilicale, il s'épaissit au-dessous de l'ombilic et près du pubis revêt l'aspect d'aponévrose et est même renforcé par un petit ligament : *adminiculum lineae albae.*

2° *Le tissu cellulaire sous-péritonéal.*

3° *l'aponévrose ombilico-prévésicale.*

4° *Le péritoine.*

La région latérale de la paroi abdominale antérieure outre la peau, le tissu sous-cutané, qui n'offrent rien de spécial, est principalement constituée par les *muscles larges de l'abdomen* qui sont de dehors en dedans, le grand oblique, le petit oblique et le transverse.

Le Grand Oblique le plus superficiel naît sur le bord inférieur et la face externe des 7 ou 8 dernières côtes par autant de digitations qui s'entrecroisent avec les digitations analogues du grand dentelé en haut, du grand dorsal en bas. De ces insertions le muscle s'épanouit en un vaste éventail qui se porte en bas, en avant et en dedans. Les faisceaux supérieurs horizontaux, les inférieurs plus ou moins verticaux, les moyens obliques en bas et en dedans. Ces différents faisceaux se terminent ainsi : les inférieurs sur la lèvre externe de la crête, iliaque ; tous les autres se jettent sur une aponévrose : *aponévrose* d'insertion du *grand oblique* et qui va s'insérer successivement à la ligne médiane (Ligne Blanche) et au pubis formant à ce niveau les différents piliers du canal inguinal.

Le Petit Oblique, dirigé en sens inverse du précédent, s'étend de la région lombo-iliaque aux dernières côtes, à la ligne blanche et au pubis.

Il prend naissance en bas sur le tiers externe de l'arcade crurale, sur l'interstice de la crête iliaque et sur une aponévrose qui se confond avec le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse et relie le muscle aux apophyses épineuses des 2 ou 3 dernières lombaires. De ces insertions les faisceaux musculaires s'épanouissent en éventail : les postérieurs, verticaux, vont se terminer sur les cartilages des 4 dernières côtes, les inférieurs-obliques en bas et en dedans, vont au pubis prendre part à la formation du canal inguinal, les moyens vont se terminer près du grand droit sur *l'aponévrose d'insertion* du petit oblique qui va former aussi la ligne blanche.

Le Transverse, charnu à sa partie moyenne, tendineux à ses 2 extrémités prend naissance en arrière :

1°) Sur la face interne des 6 dernières côtes par des digitations qui s'entrecroisent avec celles de diaphragme.

2°) Sur la lèvre interne de la crête iliaque, dans ses 3/4 antérieurs.

3°) Sur la colonne lombaire, par une aponécrose d'insertion, l'aponévrose abdominale postérieure.

De ces diverses insertions tous les faisceaux du transverse se portent d'arrière en avant vers le muscle grand droit et se jettent un peu avant de l'atteindre sur une aponévrose qui va se fixer à la ligne blanche en passant, comme nous l'avons dit précédemment, en partie en arrière du grand droit, en partie en avant.

En arrière de ces muscles, formant la paroi latérale de l'abdomen, on trouve les mêmes plans successifs qu'en arrière des droits. Nous n'y reviendrons pas.

Physiologie générale des muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen.

Le *grand oblique* pris isolément produit l'abaissement des côtes s'il se contracte d'un seul côté. Si la contraction est bilatérale elle détermine la flexion de la colonne vertébrale et l'abaissement direct du thorax, ces deux actions se produisant quand le muscle prend son point fixe en bas. Si au contraire ce point fixe est en haut le grand oblique soulève le bassin et par sa contraction bilatérale il réduit les dimensions de la cavité abdominale. Nous reverrons cette action dans un instant.

Le *petit oblique* a une action à peu près identique.

Le *Transverse* agit principalement sur le contenu de la cavité abdominale.

Quant au *grand Droit* s'il prend son point fixe sur le bassin il abaisse le thorax en produisant la flexion du rachis. Si son point fixe est sur les côtes il peut porter le bassin en avant.

Mais l'action principale de ces muscles est celle qu'ils ont sur la cavité abdominale elle-même.

Ils déterminent des modifications profondes dans ses dimensions.

En attirant les côtes, soit en bas, soit en bas et en dedans ils la diminuent surtout dans le sens vertical.

De plus, ils représentent dans leur ensemble une sorte

de sangle contractile dont le point fixe est en arrière et qui tend à revenir sur elle-même, diminuant ainsi la cavité abdominale dans le sens tranversal et dans le sens antéro-postérieur.

C'est grâce à cette action que tous ces muscles interviennent dans plusieurs actes normaux : défécation, miction forcée Accouchement et surtout expiration, et dans certains actes anormaux, le vomissement par exemple.

Nous allons étudier un peu en détail cette action de la paroi, *surtout en ayant en vue la grossesse et l'accouchement.*

« Les parois abdominales sont en partie musculeuses, en partie aponévrotiques, la partie musculeuse occupe les côtés de l'abdomen, la partie aponévrotique occupe d'une part la région antérieure, d'autre part la région postérieure.

Aux muscles qui constituent 3 plans entrecroisés sont dues l'extensibilité, l'élasticité et surtout la contractilité des parois abdominales.

Aux aponévroses sont dues la résistance passive et l'inextensibilité. »

Ce passage de Cruveilhier indique de la manière la plus nette et la plus concise les propriétés physiologiques de la paroi abdominale.

C'est en vertu de son extensibilité et de son élasticité que cette paroi se soulève à chaque inspiration par simple contraction du diaphragme, qu'elle échappe à l'action destructive des corps contondants qui broient les viscères sous-jacents sans laisser la moindre trace sur la paroi elle-même. C'est encore grâce à l'extensibilité et

à l'élasticité des tissus que les parois s'adaptent aux changements si nécessaires à la libre expansion de l'utérus gravide.

A l'état statique cette paroi sert de soutien aux organes abdominaux. Mais si ce soutien vient à manquer, ces organes, réduits comme moyen de fixité à leurs seuls ligaments d'attache, tiraillent par leur poids ces replis ligamenteux, les allongent et tendent à se déplacer de haut en bas dans le sens de la pesanteur. C'est cette chute des viscères que Glénard le premier a decrit sous le nom d'*Entéroptose*.

Enfin *au moment de la grossesse* cette paroi abdominale a un rôle très important qui a bien été mis en relief par M. le Professeur Pinard : En effet quelle est la raison de ce fait journalier qui montre que chez les primipares la tête plonge dans l'excavation dès le 8e mois, alors que chez les multipares à la période correspondante la tête est mobile dans une région de la cavité utérine et l'excavation vide. Cette raison dit M. Pinard est la suivante :

« L'utérus, sac elliptique est contenu dans un autre sac, la cavité abdomino-pelvienne extensible seulement au niveau des parois antéro-latérales. Pour conserver sa forme l'utérus a besoin d'avoir sa paroi doublée, soutenue. C'est le rôle de la paroi abdominale.

Les contractions fréquentes des muscles de cette paroi, leur tonicité, leur élasticité permanente font que l'utérus ne peut guère s'éloigner de la ligne médiane, pressé qu'il est de toutes parts, mais surtout latéralement.

Au fur et à mesure que l'utérus et son contenu se développent, la pression qu'ils supportent augmente, de

sorte qu'à un moment donné la cavité abdominale devenant trop petite, l'action indirecte du diaphragme se fait sentir, l'utérus se trouve forcé de descendre dans l'excavation restée vide jusque-là.

Chez les multipares la paroi abdominale a été distendue : sa cavité est bien plus grande à cause de l'écartement de la ligne blanche, et par suite de la distance qui sépare les bords internes des droits, l'utérus n'étant plus soutenu son grand axe au lieu d'être longitudinal devient oblique ; on le trouve en écharpe,en diagnale, ou bien le fond retombe en avant, le ventre est *en besace*, l'*utérus en antéversion*. le segment inférieur reste au niveau du plan du détroit supérieur, le col devient moins accessible la partie fœtale n'est pas sollicitée à s'engager. »

Ainsi Pinard attribue à la paroi abdominale le rôle important dans l'*accommodation* du fœtus, rôle que d'autres accoucheurs réservent exclusivement aux parois utérines.

Mais la paroi antérieure de l'abdomen a un rôle encore peut-être plus important au moment même de l'accouchement. En effet on sait qu'au moment de la période d'expulsion, aux contractions utérines s'ajoutent les contractions abdominales.

Cazeaux rapporte même dans son traité que quelques auteurs considèrent les contractions utérines comme secondaires et donnent à la contraction des muscles abdominaux le rôle principal dans l'expulsion du fœtus. Suivant eux le resserrement de l'organe ne sert qu'à soutenir le tronc du fœtus, à le tenir droit et à empêcher que la grande pression du diaphragme ne l'affaisse trop, tan-

dis que l'effort de l'inspiration et la contraction abdominale le chassent au dehors.

C'est là du reste une conception un peu paradoxale et il faut un juste milieu.

Les classiques admettent que le plus souvent ce sont les contractions utérines qui opèrent la dilatation du col et préparent ainsi la voie au fœtus et au moment de l'expulsion ce serait elles encore qui auraient la plus grande part.

Pour Jacquemier en effet, l'intervention des muscles abdominaux dans le travail de l'enfantement est très tardive. Cette force ne se manifeste que lorsque l'extrémité de l'ovoïde fœtal est engagée dans le col et le vagin et qu'elle presse sur le périnée.

Pour Tarnier cette contration abdominale est un puissant auxiliaire pour l'expulsion du fœtus, et il invoque comme preuve de cette assertion la lenteur du travail chez des femmes paraplégiques ou chez des femmes à paroi abdominale surchargée de tissu adipeux. Une autre preuve est la difficulté du travail dans certains cas d'éventration comme nous le verrons au cours de notre travail.

Pour Keim, l'éventration du reste peut influencer la période de dilatation au même titre que celle de l'expulsion, bien qu'à un degré moindre cependant (la dilatation étant surtout produite par la contraction utérine).

La sangle musculaire et abdominale limite en effet le mouvement en avant, l'anteversion que subit l'utérus à chaque contraction et favorise ainsi la dilatation. Aussi lorsque ces muscles, de par une éventration, ne

peuvent agir, la dilatation se trouve retardée. Pour lui en effet la dilatation ne se fait que si le col est influencé au maximum par les contractions utérines et pour cela se trouve au centre de l'excavation. Or, pendant la grossesse, le col est dirigé en arrière, l'utérus étant plutôt en anteversion. Les contractions tendent à exagérer cette dernière si elle ne se trouve pas limitée par la sangle musculaire abdominale dont le rôle devient alors très important. Elle ne se contracte pas encore (seulement à la période d'expulsion), mais grâce à sa rétractilité, elle offre à l'utérus un plan résistant contre lequel il vient butter dans son mouvement en avant, et qui tend à diriger l'effort total de l'utérus vers le centre de l'excavation et à faire coïncider l'axe fœtal et l'axe utérin avec l'axe du détroit supérieur. Mais actuellement cette concordance des axes est reconnue fausse.

Or, sous quelle influence agit cette contraction abdominale ?

Est-ce un acte volontaire, un acte réflexe,ou les deux à la fois ? Existe-t-il une action réciproque de la contraction de l'utérus et de la contraction abdominale ?

Il est un fait connu de tout le monde, un fait banal c'est la contraction volontaire de la paroi après la dilatation complète, pour l'expulsion du fœtus arrivé sur le périnée.

Mais à mesure que le travail avance quand la tête passe dans le vagin et irrite ses nerfs les muscles abdominaux sont souvent stimulés sous l'influence de l'action réflexe et cela par la pression exercée de toutes parts sur le périnée, ce qui provoque un ténesme qui sollici-

te la contraction des muscles abdominaux et finit par le forcer à obéir, petit fait qui peut avoir une conséquence pratique quand on fait de l'expression, celle-ci ne sera efficace que si on ne la commence que quand la tête est sur le périnée.

Pour Schrœder et Stratz la contraction utérine agit indirectement en provoquant la contraction abdominale dont seule dépend l'expulsion.

Mais comment expliquer cette action de l'utérus sur la paroi ? par action réflexe, dira-t-on. Sans doute mais peut-être aussi directement.

En effet si nous examinons des coupes de cadavre de femmes au terme de leur grossesse nous remarquons que la paroi utérine au niveau de la partie supérieure des muscles droits est directement au conctact de ces derniers. Or à cet endroit les grands droits sont renforcés par leurs intersections aponévrotiques qui leur donnent par conséquent une plus grande résistance, et c'est là justement que l'utérus prend son point d'appui au moment de ses contractions ; rien d'étonnant donc, nous semble-t-il, que ces muscles soient eux aussi sollicités à se contracter.

Cependant certains auteurs, s'appuyant pour cela aussi sur les coupes de cadavres et en particulier sur une coupe transversale de Barbour, reproduite dans le traité de Varnier, prétendent que l'utérus a une forme de haricot, avec une encoche à la partie postérieure, encoche due à la saillie des corps vertébraux et que par conséquent il peut prendre un point d'appui solide sur le rachis. Mais ce fait ne nous semble pas tout à fait juste, car si cette

forme de l'utérus gravide est exacte sur le cadavre, elle ne l'est plus sur la femme vivante et surtout au moment des contractions. En effet il suffit d'avoir introduit la main dans un utérus pour faire une version pour se rendre compte qu'on ne trouve aucune saillie de la colonne vertébrale et que bien au contraire on a la sensation très nette de se trouver dans une cavité ovoïde ou sphérique. Par conséquent il nous semble que l'utérus doit prendre son point d'appui sur le rachis et sur la paroi repoussée en avant par la contraction utérine.

D'après ces quelques considérations physiologiques il nous semble que la paroi abdominale a un rôle important pendant l'accouchement et que ses lésions doivent avoir une répercussion sur les différentes phases de ce dernier.

EVENTRATION DES MULTIPARES

Définition. Les auteurs ont beaucoup discuté au sujet de ce terme « Eventration ».

Benjamin Anger dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* comprend avec Boyer sous la dénomination commune de hernies ventrales ou éventrations « toutes les hernies qui se forment dans les régions antérieure et latérales de l'abdomen au côté externe des muscles droits. »

Hahn dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* est plus explicite :

« On donne ordinairement ce nom à la hernie survenant en un point quelconque de la paroi abdominale à la suite d'une plaie pénétrante, d'une rupture musculaire ou d'un écartement des fibres de la ligne blanche ».

« On dit encore qu'il y a éventration quand à la suite de grossesses multiples il se produit un relâchement considérable des parois abdominales avec distension de la ligne blanche ».

Reignier dans sa thèse (1879) reconnaît diverses variétés d'éventration :

1°) Les unes ne sont que de véritables anomalies caractérisées par l'absence congénitale d'une portion très étendue de la paroi abdominale antérieure, c'est ici une monstruosité relevant uniquement de la *Tératologie*.

2° On désigne encore du nom éventration les déplacements survenant à la suite de solutions de continuité des parois abdominales, et après la cicatrisation des téguments Il s'agit de hernies post-opératoires.

3°) Enfin il est une dernière catégorie bien différente des autres, tant au point de vue de son mécanisme, de son anatomie pathologique que de son aspect clinique, c'est l'*éventration spontanée ou vraie*, spéciale à la femme et à la *femme multipare*.

C'est de celle-ci que nous allons nous occuper dans ce chapitre.

Elle a été étudiée par presque tous les accoucheurs et Cange dans sa thèse inaugurale en 1898 en a fait une étude assez détaillée.

Cazeaux à son sujet dit :

« Assez souvent après l'accouchement il reste sur la ligne médiane et par suite de l'écartement si considérable des fibres aponévrotiques, une tumeur oblongue, une espèce d'éventration, surtout marquée pendant les efforts. A chaque nouvelle grossesse cette éventration devient de plus en plus considérable et finit parfois par constituer une véritable infirmité qui oblige la femme à porter un bandage.

Charpentier l'étudie également et dit :

La distension de la couche musculo-aponévrotique. porte surtout sur la ligne blanche. Elle peut acquérir une étendue de 10 à 11 centimètres et les muscles droits écartés l'un de l'autre laissent aussi entre eux un espace considérable. Si la femme étant couchée on lui

fait redresser la tête et le buste, il se forme entre les muscles droits une saillie plus ou moins volumineuse, qui est caractéristique de ce qu'on appelle l'éventration. Il est possible alors d'embrasser avec les doigts repliés les bords de chacun des muscles droits et de constater directement le relâchement de la couche aponévrotique.

Lorsque l'éventration est très prononcée et qu'il survient de nouvelles grossesse, la matrice qui n'est pas soutenue par la paroi abdominale tend à basculer en avant, repousse devant elle la ligne blanche étalée et amincie et le ventre prend ainsi la forme à laquelle on a donné le nom d'*Abdomen propendulum*. *Ventre en besace*.

Tarnier et Chantreuil l'ont également signalée :

« Les muscles et les aponévroses des parois abdominales, repoussés en dehors par l'utérus gravide, s'allongent en s'amincissant. La distension de ces tissus porte surtout sur la ligne blanche. En effet les muscles droits s'éloignent l'un de l'autre et l'intervalle qui les sépare, au lieu d'être réduit à une bandelette de 2 à 3 cm. occupe une surface, qui, au niveau de l'ombilic a au moins 11 centimètres de largeur et très peu d'épaisseur.

Par suite de l'écartement considérable de la ligne blanche les fibres aponévrotiques qui la constituent sont assez souvent affaiblies et forcées, incapables par conséquent de résister à la pression des viscères. Dans ce cas dès que les femmes sont accouchées et se livrent à des efforts on voit une tumeur oblongue apparaître sur la ligne médiane de l'abdomen. On dit alors qu'il y a *éventration*. A chaque nouvelle grossesse cette éventra-

tion devient de plus en plus considérable et finit par constituer une véritable infirmité. »

En résumé tous les accoucheurs s'accordent à reconnaître chez les multipares un état de distension, d'élargissement de l'espace fibreux qui sépare les bords internes des grands droits, état dont la persistance constitue une infirmité véritable.

Glénard qui accorde un rôle important dans le soutien de l'utérus gravide non pas à toute la paroi abdominale mais à une portion seulement, la région hypogastrique, a une conception particulière de l'éventration :

« La paroi abdominale retient l'utérus à la manière d'une fronde ou mieux d'une écharpe. Les 2 rubans de soutien (*grands droits*) ne peuvent pas glisser en avant du globe utérin parce qu'ils sont solidement retenus en arrière par les muscles latéraux qui les relient au rachis. ils ne peuvent glisser en arrière parce qu'ils sont retenus sur l'hémisphère antéro-supérieur grâce à leur réunion à 7 au 8^{em} au dessus.

Que cette réunion ait lieu plus bas, que la ligne blanche cède jusqu'à la symphyse, ils pourraient glisser aussi bien en arrière qu'en avant et s'ils glissent en arrière on observera que l'utérus mal suspendu basculera au-dessus de la symphyse, (*ventre en besace*) pouvant descendre jusqu'au milieu des cuisses.

Je réserve donc pour, ma part dit-il, le terme d'éventration au seul cas où la ligne blanche cède dans son quart inférieur. Cas pathologique, se rencontrant le plus souvent dans les retrécissements du bassin, et qui peut être par lui seul cause de dystocie pendant le travail et

d'infirmité plus ou moins prolongée après les couches.

Enfin M Doléris dans une leçon clinique définit ainsi l'éventration :

« C'estune saillie une distension anormale de l'abdomen ne s'expliquant ni par hyperplasie adipeuse ou musculaire des parois ni par l'existence d'une tumeur intra-abdominale permanente (kyste de l'ovaire, fibrôme) ou passagère (ascite-tympanisme).

Cette saillie résulte donc uniquemeet du relâchement et de l'amincissement des diverses couches pariétales du ventre. Dans ce relâchement les tissus fibreux sont les plus intéressés : l'écartement des droits, l'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux constituent la lésion dominante.

Mais les gaînes des droits, les aponévroses des transverses et des obliques, les espaces fibreux latéraux, le fascia transversalis et les couchees du péritoine ont subi elles-mêmes une surdistention, qui, de toute évidence a mené le relâchement général de tissus. Les bandes musculaires elles-mêmes sont tiraillées, aplaties, étalées.

L'*éventration post-partum* reflète donc, dans les transformations persistantes des tissus après l'accouchement, les transformations subies au cours du développement de l'œuf qui devraient disparaître peu à peu après l'accouchement. Il faut donc des causes spéciales pour que l'éventration reste à l'état définitif.

Il existe toujours après la grossesse et en tout cas immédiatement après l'accouchement un certain degré d'éventration ».

M. Quénu à la société de chirurgie a proposé la définition suivante :

« On doit réserver le nom d'éventration vraie ou spontanée à l'état de distention, d'élargissement, de l'espace fibreux qui sépare les bords internes des 2 muscles grands droits de l'abdomen, sans fissure dans ce plan aponévrotique, et qui se produit après certains accouchements. »

Mécanisme et causes de l'éventration

Comme nous l'avons vu précédemment la paroi abdominale joue principalement un rôle de contention élastique, contractile et souple dont la résistance doit être énorme pour lutter avec efficacité contre certaines forces qui tendent à l'affaiblir.

Parmi ces forces, les unes agissent d'une manière constante, telle la pression abdominale, les augmentations de volume et de forme des organes abdominaux les tumeurs dont ils sont le siège, d'autres agissent temporairement comme la grossesse.

En tout cas, la paroi antéro-latérale de l'abdomen à l'exclusion des autres, subit à peu près seule les effets de ces forces.

Voyons donc comment est disposée cette paroi pour offrir des conditions de résistance suffisantes.

Elle constitue essentiellement une sangle composée de 2 parties : l'une médiane, la ligne blanche, l'autre latérale, la paroi musculo-aponévrotique.

Ces 2 parties présentent-elles une même résistance à

la distention ? C'est la comparaison de leur texture qui va nous renseigner.

1° Paroi musculo-aponévrotique

Les aponévroses qui jouent un rôle si important dans sa constitution, sont, comme partout ailleurs du reste inextensibles.

Quant aux muscles ils comprennent 2 groupes :

a) *l'antérieur* — Composé de 2 muscles à fibres verticales, disposés sur un plan unique, mais relativement épais, renforcés d'ailleurs par de solides gaînes, émanées des muscles latéraux.

b) *le groupe latéral*. — Formé de 3 muscles, à fibres diversement dirigées : les unes obliques, les autres transversales, formant 3 plans. Bien plus ces 3 muscles sont arrangés de telle sorte que l'aponévrose des uns répond aux portions charnues des autres et qu'au total chaque point de cette région est à peu près également pourvu de fibres charnues et tendineuses.

Tous ces faisceaux musculaires ne peuvent dépasser une certaine limite d'extension sans que leur contractilité et leur élasticité soient compromises.

2° Ligne blanche.

D'après Winslow nous voyons qu'elle est constituée par l'entrecroisement des fibres de l'aponévrose du grand oblique avec celles du côté opposé, et des fibres aponévrotiques des autres muscles qui présentent un entrelacement analogue.

Elle se présente donc avec l'aspect d'une toile tissée. Dans cette toile les fibres qui représentent la chaîne et celles qui forment la trame se croisent à angle droit : tous les vaisseaux, les pelotons adipeux qui la traversent ne font qu'écarter 4 de ces fibres, les trous sont donc primitivement quadrilatères et ne perdent cette forme que par une dilatation prolongée.

En définitive la sangle abdominale se compose de 2 parties d'inégale résistance ; la partie latérale musculo-aponévrotique très solide, la ligne blanche au contraire très faible. Elle cédera donc d'autant plus que sur elle se concentrent toutes les forces physiologiques.

C'est là un point bien mis en relief par M. Glénard dans son étude sur la *Physiologie de la paroi chez les femmes enceintes.*

Prenant la grossesse à terme comme type de distension de la cavité abdominale il a démontré que l'expansibilité de la couche musculo-aponévrotique portait exclusivement sur la ligne blanche, car quel que soit le degré d'écartement des droits, toujours leur largeur est la même qu'à l'état normal.

De plus en mesurant sur cet abdomen dilaté l'intervalle entre le bord interne des droits et les apophyses épineuses on trouve qu'il ne s'écarte pas de la moyenne observée sur des sujets de même stature dont les droits sont contigus.

La ligne blanche joue donc le rôle de « soupape de sûreté » comme le dit Glénard. Elle réalise une combinaison qui permet de sauvegarder les propriétés physiologiques des muscles et de concilier la libre expansibili-

té de l'utérus avec la ténacité des lames aponévrotiques indispensables au maintien des visceres.

Marie Schlee distingue 3 degrés de distension dans les parois abdominales pendant la grossesse.

Dans un 1er degré toutes les parties constituantes sont également distendues : c'est la déformation des primipares.

Dans le 2e degré l'hypogastre est devenu un sac flasque, l'utérus non retenu s'incline en avant et donne à l'abdomen la forme en besace.

Enfin dans le 3e les grands droits s'écartent et laissent sortir une vraie hernie utérine.

D'après elle la ligne blanche ne revient jamais à ses dimensions normales ; il reste toujours après chaque accouchement un écartement de 2 ou 3 centimètres.

Un point également à étudier, est de savoir si cette même ligne blanche est également résistante dans toutes ses parties.

Certains auteurs, Scarpa en particulier, la regardent comme moins solide dans sa portion sus-ombilicale, *mais cette assertion est inexacte. Elle est plus solide dans sa partie épigastrique, car à ce niveau existe le feuillet postérieur de la gaîne des Droits très épais et très résistant*, mince au contraire dans la portion sous-ombilicale. Il existe également à la partie supérieure les intersections aponévrotiques des Droits, d'où la fréquence bien moins grande de l'éventration spontanée sus-ombilicale.

D'autre part, Glénard a démontré la résistance de la paroi abdominale à la partie inférieure, résistance utile pour empêcher la bascule de l'utérus au-dessus du pubis.

En résumé, la ligne blanche, présentant des conditions *de résistance particulière dans son 1/4 supérieur et dans son 1/4 inférieur*, la distension physiologique au lieu de porter sur toute son étendue, reste limitée aux 2/4 moyens. Tel est du moins l'avis de M. Glénard.

Mais en tout cas tout le monde s'accorde à reconnaître à la suite de toute grossesse un diastasis physiologique des 2droits, avec parois flasques et dépressibles ; mais cet état ne dure pas longtemps, les parois en vertu de la haute élasticité des muscles de la peau et du péritoine,reprennent leur tension primitive, à moins que des conditions spéciales n'interviennent pour rendre cette éventration permanente.

Etiologie.

Ce sont ces conditions spéciales que nous allons envisager maintenant. Elles ont été très bien mises en évidence et étudiées par M. Doléris dans une de ses leçons cliniques.

M Doléris divise les causes des éventrations en 2 grandes classes :

1) Celles qui dépendent directement de la grossesse.

2) Celles qui sont consécutives à la grossesse. Parmi les causes de la première catégorie il signale tout d'abord l'influence des *grossesses répétées* et surtout *consécutives* En effet dans ces cas la tension continuelle des muscles et des aponévroses sans repos ne leur permet pas de revenir à leur état primitif. Il y a là une *subinvolution* du tissu musculaire et fibreux se traduisant pour le premier

principalement par une dégénérescence graisseuse et une atonie considérable. Dans d'autres cas la lésion est toute autre. Il n'y a pas eu de grossesses consécutives mais le muscle exagère son involution normale. Au lieu de perdre simplement ce qu'il a acquis en trop en vue de l'acte de l'accouchement il continue cette déperdition. Il y a une véritable *superinvolution* qui aboutit bientôt à une véritable atrophie. La paroi de l'abdomen est flasque, molle, dépressible. Dans l'effort on ne sent plus la sangle abdominale tendue et ferme et les muscles contractés ne forment plus qu'un relief infime ou nul.

Le produit de la grossesse a également un retentissement et une influence considérables, on comprend aisément quelle différence peut exister au point de vue de l'action sur les parois entre un utérus normalement développé et un utérus extrêmement volumineux, par suite de l'œuf qui y est contenu. C'est dans ce sens qu'agissent un enfant volumineux, une grosssesse gémellaire, l'hydramnios, une tumeur fibreuse compliquant la grossesse.

Indirectement l'*état du sujet* influe, et ce, à un tel point que après 4,5 ou 6 grossesses une femme peut n'avoir point d'éventration alors qu'une autre après une seule en présentera une très accentuée.

La conformation même du bassin, peut devenir une cause d'éventration. C'est ainsi que les déviations du bassin, empêchant l'engagement de se faire, repoussant l'utérus en avant, surtout dans les cas de déviation secondaire ou primitive du rachis, sont souvent des causes favorisant des accidents.

Pour lui aussi toutes les femmes grosses ont physiologiquement, à des degrés divers, de petites éventrations transitoires, mais celles-ci chez qui l'*étoffe de tissus est mauvaise*, selon son excellente expression, ont des éventrations permanentes et volumineuses.

M Doléris accorde également une grande influence à la *striction excessive exercée par le corset* et ce parfois pour dissimuler une grossesse. Cette action agit directement en repoussant en bas la masse abdominale et indirectement en gênant la circulation sanguine des tissus et par suite en amenant une dénutrition lente des muscles et des aponévroses.

Parmi les causes consécutives à l'accouchement Doléris signale au premier plan les accidents post-puerpéraux et surtout l'*infection utérine* ou *péri-utérine* plus ou moins généralisée au péritoine. Cette infection gêne en effet le retrait de l'organe et entretient les muscles en état d'atrophie qui amènera rapidement leur déchéance.

Puis il accuse également le *lever trop precoce* la reprise trop rapide d'une vie active ou de travaux pénibles, et encore ici la *reprise intempestive du corset* avant la terminaison de l'involution.

Enfin certains auteurs incriminent la *cessation de l'allaitement*, mais cette dernière cause est diversement interprétée, les uns prétendant que l'allaitement favorise l'involution, d'autres au contraire affirmant qu'il la retarde.

Malgré cela on peut faire quelques remarques au sujet de ces diverses causes. Nous avons déjà signalé plus haut, ce fait singulier que chez certaines femmes, mal-

gré la répétition des grossesses les droits restent au contact la peau reste vierge de vergetures, tandis que chez d'autres après une seule grossesse on observe un diastasis de la ligne blanche et de multiples vergetures. Quelle est la raison de cette différence ? Sinon dans une faiblesse particulière de la ligne blanche et des plans cutanés chez la seconde malade. En un mot on doit invoquer ici la *question d'étoffe*.

De plus on note souvent la *coexistence fréquente chez les éventrées de ptoses multiples.* (utérus foie, rein).

Les auteurs ont beaucoup discuté sur cette coexistence, les uns attribuant à l'éventration l'origine des ptoses, les autres faisant de l'éventration une conséquence des ptoses. Ne pourrait-on pas plutôt admettre une cause unique d'ordre plus général, produisant à la fois l'éventration et les ptoses, favorisant l'action des causes multiples que nous avons énumérées précédemment.

« C'est, dit M. J -L. Faure cette cause prédisposante, constitutionnelle, héréditaire, qui vient avec la vie et ne s'en va qu'avec la mort. C'est ce trouble mal défini de de nutrition qui se traduit par une prédisposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre, à mal résister aux fatigues constantes, aux efforts prolongés. C'est cette prédisposition qui chez l'homme fait les *hernies*, chez la femme les *vergetures* et l'*éventration*, chez tous les deux, les *varices*, le *rein mobile*, l'*enteroptose* et la *chute du foie*. . . . .

On peut même encore aller plus loin et faire intervenir la *débilite organique générale*. Chez certains sujets les tissus sont en état d'infériorité physiologique mani-

feste on observe chez eux et simultanément l'éventratration, l'affaiblissement du plancher pelvien, l'abaissement des viscères abdominaux, des hernies inguinales, crurales, ombilicales.

Conséquences pathologiques de l'éventration.

Il va sans dire que ces éventrations spontanées post-partum doivent amener des désordres divers dans l'organisme.

Parmi ces troubles le principal est la *chute des viscères abdominaux*, et comme, en statique abdominale la suspension d'un organe est très liée à celle des voisins, la ptose d'un organe quelconque amène celle de tous les autres. Cette *splanchnoptose* est souvent l'origine de troubles graves. Elle a été très étudiée par Glénard.

Ces troubles se caractérisent par un certain nombre de symptômes subjectifs et objectifs.

Les signes subjectifs sont :

D'abord des *phénomènes douloureux*, qui peuvent du reste faire défaut, mais qui parfois revêtent une forme paroxystique, consistant en sensations très pénibles à siège variable : fosses iliaques, tout l'abdomen, côlons-descendant-transverse, creux épigastrique, ombilic. les douleurs sont exagérées par la marche, les efforts, les secousses. Au contraire le repos et le port d'une ceinture atténuent leur intensité.

Puis ce sont des *troubles gastro-intestinaux*. C'est la *dyspepsie nerveuse de Glénard*, caractérisée par des aigreurs, des flatulences, des digestions pénibles, de la

pesanteur à l'épigastre, du météorisme et une constipation opiniâtre.

Mais ce sont surtout les *désordres du système nerveux* qui dominent la scène. C'est ainsi qu'on signale de l'insomnie, des névralgies diverses, de crises hystériformes. Le moral des malades est très affecté, le caractère se modifie devient inégal, on note des rires nerveux, des crises de larmes. Certains auteurs (Glénard) ont même voulu faire de cette splanchnoptose généralisée le point de départ de la neurasthénie.

Mais ce fait est exagéré, cependant ces malades méritent bien le nom de « *Deséquilibrées du ventre* » que leur a donné Trastour de Nantes. Elles n'osent plus se tenir debout et certaines mêmes évitent même de se remuer dans leur lit.

Les signes objectifs sont de deux ordres :

1°) *Signes apparents au niveau de la paroi abdominale*

Dans le décubitus horizontal on ne note parfois rien de très apparent. La peau est simplement ridée, flasque couverte de vergetures.

Si la malade se relève et s'assied on voit se former sur la ligne médiane une tumeur allongée, verticale et médiane Commençant au niveau de l'appendice xyphoïde et s'arrêtant le plus souvent à quelques centimètres de la symphyse pubienne et due à l'issue des viscères à travers la boutonnière des droits à chaque inspiration.

Si la femme est debout le ventre tend à tomber sur les cuisses et à prendre la forme d'une besace. La tumeur

médiane est toujours visible, mais si on fait faire un effort à la malade, cela lui est impossible

La *palpation* permet de juger l'écartement des muscles droits.

Dans les cas légers l'écartement est à peine de un centimètre.

Dans certains cas il peut aller jusqu'à 15 centimètres.

L'*examen électrique* montre qu'avec un courant induit on a une diminution de l'excitabilité et du pouvoir de contractilité des muscles de la paroi abdominale.

2°) *Signes du côté de l'intérieur de la cavité abdominale*

On note la coexistence fréquente de prolapsus des organes utéro-pelviens, cela n'a du reste rien de surprenant, car ce sont les mêmes causes qui le produisent.

La dilatation stomacale, l'entéroptose, et surtout l'hépatoptose et la néphroptose.

Telle est la symptomatologie de l'éventration spontanée post-partum.

Il nous reste encore à étudier ici l'influence de cette éventration, de l'insuffisance de la paroi, sur la grossesse et l'accouchement.

Influence de l'éventration sur la grossesse et l'accouchement

De même que la grossesse a une influence sur la paroi abdominale, puisque c'est sa répétition à intervalles rapprochés qui crée l'éventration, de même cette der-

nière a une influence sur l'accouchement principalement.

Nous avons vu en effet à la physiologie que dans tout accouchement normal les forces qui entrent en jeu pour déterminer l'expulsion du fœtus sont, d'une part, les contractions utérines et vaginales, d'autre part, les contractions des muscles abdominaux, celles-ci du reste agissant surtout à la période d'expulsion proprement dite, déjà aussi cependant pendant la période de dilatation.

Aussi si l'action de ces muscles vient à faire défaut il peut en résulter une véritable cause *de dystocie*. C'est ce qui peut se passer dans certains cas d'éventration. On observe alors une *lenteur exagérée du travail* qui parfois peut aller jusqu'à faire souffrir le fœtus et dicter alors une intervention obstétricale : *application de forceps* le plus souvent.

Le plus souvent cependant l'accouchement a lieu spontanément et assez vite même dans certains cas. Cela ne tient pas alors à la vigueur des contractions, mais à la laxité des organes génitaux externes et du périnée, puisque on a affaire dans ces cas à des femmes multipares.

Une autre conséquence de l'éventration spontanée est l'*antéversion utérine*.

L'inclinaison normale en avant que l'utérus présente pendant la grossesse peut alors s'accentuer au point de devenir véritablement pathologique.

C'est surtout dans les derniers mois de la grossesse que l'on observe cet accident dans l'éventration des multi-

plares. Elle est du reste favorisée par quelques causes parmi lesquelles on peut citer en premier lieu les *Rétrécissements du Bassin* chez les femmes de petite taille la *lordose lombaire* et *inclinaison exagérée du bassin en avant*.

C'est alors surtout dans ces cas d'antéversion que l'on note une déformation de l'abdomen plus ou moins marquéé et donnant lieu suivant le degré aux variétés décrites sous le nom de ventre en obusier, pendulum ou en besace. Cette antéversion utérine provoque divers symptomes fonctionnels plus au moius accentués douleurs abdominales, rachialgie pesanteur très gênante surtout dans la station verticale et pendant la marche. Au palper la partie fœtale en rapport avec le segment inférieur de l'utérus se trouve mobile au-dessus du détroit supérieur.

De plus si la présentation du sommet est encore assez fréquente, celle de l'extrémité pelvienne et du tronc sont loin d'être exceptionnelles.

Le toucher confirme qu'il n'y a aucune région fœtale engagée dans l'excavation, parfois le col est reporté très haut et en arrière et difficilement accessible. Au moment de l'accouchement la situation anormale du globe utérin et la déviation du col peuvent donner lieu à quelques difficultés.

Pour remédier à ces inconvénients on pourra pendant la grossesse recommander aux malades le repos au lit dans le décubitus horizontal et le port d'une ceinture qui outre qu'elle calmera les douleurs, pourra avoir une heureuse influence sur l'engagement de la présentation.

Tels sont les symptômes et les conséquences auxquels peut donner lieu l'éventration spontanée soit au cours

de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, soit pendant les suites de couches.

Bien que nous ne voulions par traiter ici complètement le *traitement de l'éventration*, ce qui nous entraînerait hors de notre sujet, nous dirons cependant quelques mots de la prophylaxie de cette affection en empruntant ce qui va suivre à M. Doléris.

Parmi les différents moyens préconisés par cet auteur pendant la grossesse même on note tout d'abord la *suppression du corset* dès les premiers mois, en ayant soin aussi de corriger la tendance à l'antéversion par une *ceinture* appropriée. Puis l'*hydrothérapie* et le *repos*.

Puis après l'accouchement dès qu'une éventration est constatée, il est ici encore de toute nécessité de faire prendre le *repos absolu* à la malade dans le *décubitus horizontal*, ce qui peut empêcher une éventration moyenne de devenir considérable. On y adjoindra avec succés l'administration de toniques, mais surtout l'hydrothérapie et en particulier l'emploi de la douche froide. Certains moyens mécaniques sont également recommandes et en particulier une *gymnastique* appropriée dès que la malade pourra se lever et *l'électrothérapie*.

Quant au massage M. Doléris le proscrit complètement car il ne lui a donné que de mauvais résultats.

Tels sont, très rapidement énumérés les divers moyens prophylactiques employés.

Quant au *Traitement chirugical curatif* il relève surtout de deux indications principales, si la femme souffre ou si son éventration, véritable difformité est un obstacle à ses occupations sociales.

Eventrations posto-pératoires

Nous avons étudié dans le chapitre précédent les éventrations spontanées des multipares, assez fréquentes, tout en moins les éventrations moyennes. Il est une autre classe d'éventration, beaucoup plus rares du reste, qu'il nous reste à étudier. Ce sont celles survenant chez les femmes enceintes *à la suite d'une laparotomie*.

Il peut être en effet intéressant de se demander comment se comportent la grossesse et l'accouchement chez des femmes chez lesquelles avant le début de la grossesse ou pendant son évolution même on a pratiqué une incision de la paroi abdominale soit pour une appendicectomie, soit pour une ablation de tumeur des annexes, soit lors d'une césarienne antérieure. C'est du reste une observation de ce genre, vue dans le service de M. le docteur Demelin qui nous a déterminé à choisir ce sujet de thèse mais comme nous l'avons dit plus haut, s'il est assez fréquent d'observer des éventrations spontanées post-partum il est beaucoup plus rare d'en observer après laparotomie.

Par éventration post-opératoire on entend les *hernies ventrales caractérisées par l'issue des viscères à travers le plan aponévrotique de la paroi au niveau d'une cicatrice consécutive à une intervention chirurgicale*.

La Torré au *congrès de Genève en 1896* la décrit ainsi :

« Elle est constituée par la sortie d'une partie ou de plusieurs viscères à travers les bords des droits à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunit, ou par déchirure de cette cicatrice ainsi que par défaut de réunion primitive des bords aponévrotiques.

En règle générale, à l'époque actuelle, dans la grande majorité des cas l'évolution normale d'une plaie de laparotomie, *bien suturée* et *non drainée* est la réunion par première intention, avec une cicatrice à peine visible et qui résiste à l'impulsion de la toux.

Au contraire si pour une raison quelconque que nous allons voir ultérieurement il n'y a que cicatrisation secondaire. alors dans ces cas la cicatrice est mince et large, de coloration brune le tissu fibreux se laisse distendre ou se déchire et alors l'éventration apparaît.

Or quelles sont donc les *causes* qui sont capables de provoquer la non consolidation de la cicatrice, l'éventration ?

On en a invoqué un certain nombre : et d'abord des *défauts de technique* :

La *manière de suturer* les divers plans de la paroi a donné lieu à des discussions entre les partisans de l'une et de l'autre : les uns prétendant que la suture en étages est préférable à la suture en masse. Cette dernière cependant a de grands avantages. Elle supprime les espaces morts, donne une cicatrisation rapide et le plus souvent une cicatrice solide.

D'autres auteurs au contraire prétendent qu'elle fait

courir au malade de plus grandes chances d'éventration.

Mais Dauriac dans sa thèse conclue que la suture en un seul plan n'expose pas plus à l'éventration que la suture en plusieurs plans, à une seule condition cependant c'est que les conditions d'asepsie soient extrêmement vigoureuses.

En effet une des conditions essentielles pour avoir une bonne cicatrice est l'asepsie. Ce sont en effet les cicatrices septiques qui se laisse distendre, celles qui ont été longues à se fermer grâce aux produits septiques auxquels elles ont donné passage.

C'est pour la même raison vraisemblablement que le *drainage* de la suture expose davantage à l'éventration. C'est ainsi que pour l'appendicite *Delbet* recommande si l'opération est faite à froid de ne pas drainer, de refermer totalement l'abdomen et dans ces cas l'éventration est presque toujours évitée, quel que soit le procédé employé.

On invoque aussi des causes mécaniques et en particulier tous les *efforts*, c'est ainsi qu'agissent la toux, les vomissements, si fréquents parfois après l'anesthésie chloroformique. On incrimine également les *hematomes* survenant au niveau de la suture.

Enfin parmi les causes prédisposant à l'éventration de la cicatrice on place le *siège de l'incision* ; l'incision médiane, sus ou sous-ombilicale exposant moins que l'incision latérale.

Celle-ci en effet se pratique en plein muscle, les fibres

s'affrontent difficilement, ayant une tendance naturelle à la rétraction.

La longueur de l'incision, le drainage, l'adipose sont d'autres causes, mais dont la valeur est très discutable. Mais il est une cause favorisante au plus haut degré, c'est-la *distension de la paroi*, survenant presque aussitôt l'opération.

C'est ainsi qu'agit la *grossesse*, mais cependant nous avons réuni un certain nombre de cas de grossesse chez des femmes laparotomisées plus ou moins longtemps avant et nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'éventration.

Du reste il n'est pas plus facile de déterminer la part qui revient à l'opération antérieure dans la production de certains accidents observés au cours de la grossesse, tels qu'hémorragie, expulsion prématurée de l'œuf.

Quelle est donc l'influence d'une cicatrice abdominale sur la grossesse? Voici ce qu'en dit M. Ribemont Dessaignes dans son traité.

« La présence d'une cicatrice, ordinairement médiane sur la paroi abdominale, n'a généralement aucune action sur la marche de la grossesse et de l'accouchement. Tout dépend d'ailleurs de la manière dont la suture a été faite et de la résistance de la cicatrice.

L'éventration, résultant d'une incision abdominale, était plus fréquente autrefois qu'aujourd'hui où les chirurgiens s'occupent avec soin des meilleures conditions (variétés d'incision, procédés de suture, fils employés pour obtenir une cicatrice solide.

Dans quelques cas la distension de la cicatrice abdominale au moment de la grossesse peut être suffisante pour que l'utérus gravide fasse une véritable hernie. Chez une femme observée par Hadlich l'éventration était si marquée à la fin de la grossesse, que, la femme étant debout, la hernie tombait jusqu'aux cuisses.

Du reste, ces faits de hernie de l'utérus gravide à travers une cicatrice abdominale sont tout à fait exceptionnels.

Dans les cas cependant où elle existe les conséquences de cette hernie, si la cicatrice est sur la ligne médiane, sont les mêmes que dans le cas d'éventration spontanée ; *antéversion* plus ou moins marquée de l'utérus, *lenteur exagérée du travail par inertie de l'expulsion* (c'est ce qui s'est passé dans l'observation que nous rapportons) lenteur nécessitant souvent une application de forceps.

Enfin on peut aussi observer alors des *présentations vicieuses* au même titre que dans les éventrations spontanées.

Dans les cas de cicatrice latérale on a surtout affaire à des cas d'inertie de l'expulsion.

Pour remédier dans la mesure du possible à ces éventualités fâcheuses, on peut pendant la grossesse, faire porter des ceintures abdominales, et, au moment du travail appliquer un bandage ayant pour but de maintenir l'utérus en attitude physiologique.

Mais cependant dans la presque totalité des cas la cicatrice abdominale se laisse distendre par l'utérus gravide, sans que pour cela il se produise d'éventration.

L'accouchement a alors lieu spontanément, c'est ce

qui s'est passé du reste dans presque toutes les observations que nous avons recueillies.

On peut également se demander ce que devient la la paroi abdominale *après les opérations césariennes* et surtout après des *cesariennes itératives*. En effet on pourrait croire que la paroi serait moins solide après ces sutures répétées. Or M. Brindeau, dans un rapport à la *Société Obstétricale de France* (*1908*), dit que ces hernies de la paroi abdominale après les césariennes multiples sont très rares. Haven et Young rapportent en effet 167 césariennes itératives parmi lesquelles il n'y a eu que 5 éventrations. On trouve également un cas dans Varnier: une femme de 20 ans, V pare, qui à la suite d'une césarienne avait une large éventration, et un autre fait de Green où on note une hernie consécutive à un abcès de la paroi. On fait la cure radicale 2 ans après, mais la hernie se reproduisit à l'occasion d'une nouvelle grossesse. Enfin récemment Audebert et Fourier ont rapporté deux cas d'éyiscération complèteàla suite des césariennes. Ce sont plutôt 2 curiosités nous les citons comme telles parmi nos observations.

En somme ces éventrations post-opératoires, devenues rares actuellement depuis les progrès de l'asepsie et des procédés de suture de la paroi, n'ont qu'une influence relative sur l'accouchement à moins donc qu'elles ne soient très prononcées, auquel cas elles rentrent dans le cadre des éventrations spontanées post-partum.

Quant à leur *traitement*, la *cure radicale* est le traitement de choix, mais de nombreux procédés ont été et sont encore proposés par les chirurgiens. Nous n'y insis-

terons pas, car cela sortirait trop du cadre que nous nous sommes donné dans ce travail surtout physiologique et clinique.

Observation I

Inertie de l'Expulsion. — Eventration large par défaut de cicatrice après appendicectomie. — Application de forceps.

La nommée D. Pauline, agée de 27 ans. Entrée le 22 décembre 1909, hôpital Tenon, service du Dr Demelin.

I pare.

Passé pathologique.— Appendicite en 1900. Opérée à Tenon, puis péritonite. — Chorée en 1902.

Tentative de réfection de la paroi abdominale en 1905, et ablation de l'appendice à St-Antoine.

Grossesse actuelle. — Dernières règles en mars 1909. — Aucune complication.

Entrée à l'hôpital le 22 décembre au dortoir.

Examen général : Facies. Pouls. Température. Cœur. Rachis. } normaux.

Eventration. — Volumineuse au niveau d'une cicatrice d'appendicite. Grosse tumeur intestinale du volume des 2 poings, herniée au travers de la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen, à l'union du flanc droit et de la région de la fosse iliaque, par un orifice presque circulaire, large comme une grande paume de main au moins, par où le poing passerait facilement.

Sac habité par l'intestin.

La peau est brune, pigmentée au niveau de la cicatrice. Premières douleurs le 21 janvier 1910 à 4 heures du soir.

Examen. — Fond de l'utérus à 2 doigts sous l'appendice xyphoïde, à 36 centimètres au-dessus de la symphyse.

OIGA. Enfant vivant.

A travers l'orifice d'éventration on arrive directement sur la partie fœtale recouverte seulement par le segment inférieur : sensation semblable à celle du palper en cas de rupture utérine.

Toucher. Tête engagée à un doigt du plancher pelvien. Membranes intactes. Col effacé.

Entrée à la salle de travail, le 22 janvier 1910 à 1 h. matin.

Dilatation complète, le 22 janvier à 9 h. matin.

Rupture spontanée de la poche des eaux à 9 h. 1/4.

Application de forceps Demelin (faite par le Dr Demelin) à 10 h. 15 matin.

Examen. Légère souffrance fœtale : bruits du cœur fœtal ralentis et souffrants.

Inertie de l'expulsion par éventration.

Toucher. Tête à un doigt du plancher pelvien en OIGA, bien fléchie. Dilatation complète.

Anesthésie chloroformique.

Introduction de la branche droite première, en avant et à droite.

Introduction de la branche gauche seconde, en arrière et à gauche.

Articulation facile. Traction sur le périnée et rotation en O P. Désarticulation. Les branches sont enlevées toutes deux. La tête est dégagée par expressions abdominale et

périnéale. Dégagement des bras et du tronc à 10 h. 45 matin.

Etat de la femme : bon.

Périnée intact.

Nouveau-né : Garçon vivant. Poids : 3920 grammes. Longueur : 52 centim.

Diamètre.	SOF	10.5
	SOB	9
	OF	11.5
	OM	12.5
	BP	9
	Bimastoïdien	7.5
	Biacromial	12
	Arc OB	10

Délivrance naturelle et complète le 22 janvier, 11 h. 45 matin.

Placenta complet, poids : 600 grammes
Membranes déchirées paraissant complètes.
Cordon : 35 centimètres.
Suites de couches : normales.

Au départ de la malade (sur sa demande) la hernie pariétale a un peu diminué de volume ; l'orifice laisserait encore passer le poing.

Observation II

Eventration post-partum chez une pottique. Cyphose dorsale. Dégagement en O. S.

Mme M. Louise, âgée de 38 ans, entrée le 11 juin 1910 à la maternité de Tenon.

VI° PARE.

Passé pathologique. — Mal de Pott à l'âge de 3 ans.
I^e grossesse (1900) Accouchement à terme. Enfant vivant
II^e grossesse (1902) Accouchement à terme. Enfant vivant.
III^e grossesse (1904) Fausse couche de 2 mois.
IV^e grossesse (1905) Accouchement à terme. Enfant vivant
V^e grossesse (1907) à terme. Enfant vivant.
VI^e grossesse. Actuelle.

Dernières règles — 22 au 26 août 1909.
Premiers mouvement à 4 mois 1/2.
Douleurs à la marche et dans la station debout :

Examen général : Facies. Pouls. Température. Cœur. } Normaux.

Rachis : Cyphose dorsale angulaire, et médiane.
Premières douleurs le 11 juin 1910 à 5 h. matin.
Entrée à la salle de travail le 11 juin à 10 h. 30 matin.

Utérus en anteversion très marquée. — Ventre en obusier.

Présentation du sommet. La sage-femme qui a amené la parturiente parlait de *présentation de la face*.

Rupture artificielle des membranes (en ville).

Dilatation complète à l'arrivée.

Accouchement spontané le 11 juin à 11 h. matin.

Dégagement en O. S.

La suture sagittale est dans le plan médian. La fontanelle antérieure se dégage longtemps avant la postéreure.

Etat de la femme : Bon.

Nouveau-né : Fille vivante de 3800 grammes. Longueur : 50 centimètres.

Déformation de la tête caractéristique de la présentation du front. Bosse séro-sanguine sur le haut du front.

Délivrance le 11 juin à 11 h. 30 matin ; naturelle et complète.

Placenta. Poids : 650 grammes. Cordon : 43 centimètres.

Observation III.

Eventration post-partum (Thèse de Cange).

La nommée H. Rosalie, 56 ans, entrée le 11 février 1896 dans le service de M. Quénu.

Elle n'a jamais fait de maladie grave, sauf une fièvre typhoïde à 23 ans. Réglée à 17 ans. Mariée à 26 ans, menstruation toujours régulière.

Elle a fait 6 fausses couches de 2-5 et 6 mois. A accouché à terme 9 fois, mais elle précise mal la date de ses différents accouchements.

4 enfants morts-nés. Des 5 autres 3 sont morts en bas âge, 2 seulement survivent. Elle a nourri elle-même ses enfants.

En résumé en 14 ans, cette femme serait devenue enceinte 15 fois. Tous les ans elle avait un enfant. Un seul de ses accouchements a nécessité une applicatiou de forceps. Aucun n'a eu de suites fébriles sauf le 4^{e} à la suite duquel elle est restée alitée 3 semaines.

Mais à la suite de tous, cette malheureuse femme, chargée de famille, n'a pu s'aliter que 4 jours et a dû reprendre presque aussitôt sa fatigante profession.

Elle entre à l'hôpital pour une énorme éventration dont elle précise mal le début. Elle s'en serait aperçue après le 2^{e} ou le 3^{e} accouchement, et après chaque grossesse le ventre

aurait progressivement augmenté. Elle a essayé de contenir sa tumeur par un bandage confectionné par elle, mais elle n'a obtenu aucun soulagement.

Son éventration outre la difformité qu'elle cause, la gêne considérablement dans l'exercice de sa profession.

La malade est très amaigrie, cachectique, les yeux sont excavés, les muqueuses décolorées. De caractère triste, elle pleure facilement. Elle est sujette à l'insomnie et aux palpitations.

Elle éprouve quelques tiraillements douloureux dans le ventre. Néanmoins l'appétit est conservé, seulement elle a une constipation opiniâtre.

A l'examen dans le décutitus horizontal elle présente une volumineuse éventration étendue de l'ombilic à la symphyse pubienne. La peau est lâche, la paroi flasque dans son ensemble. L'écartement des droits est d'environ 10 cm. dans toute la hauteur.

En faisant passer la malade du décutitus horizontal dans la position assise, le ventre offre une triple saillie, avec une tumeur médiane, 2 sillons latéraux et 2 autres tumeurs latérales.

Dans la position debout l'aspect du ventre est semblable.

La palpation profonde démontre une ptose de toute la masse intestinale. Le foie s'abaisse de 2 travers de doigt sur le rebord costal. Le rein est en place.

La malade fut opérée par M. Quénu. Guérison complète.

Observation IV

Eviscération consécutive à une Césarienne conservatrice (Audebert et Fournier. Société obstétrique gynécologie de Paris. Mars 1910).

Le 12 mars 1909 Mme X. — entre à 8 h. soir à la Clinique. La poche des eaux est rompue depuis 24 heures. Les

douleurs n'ont commencé qu'à 9 h. du soir. La malade avait été vue plusieurs fois pendant sa grossesse. Nous basant d'une part sur ses antécédents (un avortement, un enfant tout petit né spontanément, deux à terme nés morts après un forceps très pénible), d'autre part sur l'examen du bassin (généralement rétréci à type triangulaire) et du vagin (leucorrhée abondante) — nous étions décidé à pratiquer la césarienne dès le début du travail.

Nous voyons la malade à 10 h. — Présentation transversale que nous transformons aussitôt en sommet et fixons par un bandage de corps. Bruits du cœur bons, col effacé, début de dilatation, pas de procidence.

Température au-dessous de 37° Pouls = 80. Etat général satisfaisant. Cependant on note un souffle cardiaque (probablement insuffisance mitrale),

Opération césarienne le lendemain matin à 10 heures.

Technique habituelle. Drain abdominal. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites des couches pathologiques. — Aussitôt après l'opération, météorisme abdominal énorme qui persiste plusieurs jours malgré les lavages d'intestin et une sonde rectale à demeure.

3e jour, temp. = 38°

9e jour, temp. = 39°

Lochies purulentes. Attouchements intra-utérins à l'eau iodée.

Rétention de lochies par anteversion.

La malade tousse beaucoup.

Le 14e jour en faisant le pansement on trouve la plaie désunie sur 7, 8 centim. L'intestin est accolé aux 2 lèvres et forme le fond de cette ouverture. On désinfecte à la teinture d'iode.

22e jour, temp. : 38° 4. Pouls : 120.

Œdème du membre inférieur droit. Albumine.

Régime lacté.

Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre.

La plaie abdominale est à peu près refermée. La régression utérine presque complète.

Le 25 avril mort subite (autopsie impossible).

Observation n° V

(Audebert et Fournier)

Mme X..., V° pare, arrive à la clinique le 8 novembre 1909, à 4 h. 30 soir.

Trois premiers accouchements au forceps. Deux premiers enfants morts pendant l'application, le 3e a survécu quelques heures. 4e accouchement spontané. Enfant petit.

Femme en travail depuis la veille (7 novembre), 3 h. après-midi. A ce moment rupture des membranes. Premières douleurs à 5 h. le 8 novembre.

Utérus très anteversé. Paroi abdominale très mince, surdistendue, OIDP. Tête au dessus du détroit supérieur. Bassin rétréci dans tous ses diamètres.

A 9 h. *césarienne*. Technique habituelle.

Points profonds à la soie. Double surjet. Drain abdominal à l'angle inférieur de la plaie.

Suites de couches. Le 4e jour lochies fétides.

Temp. : 39°5.

Pouls : 130.

Sphacèle du col. Lavage à l'eau iodée.

Le drain abdominal baigne dans le pus.

Le 9e jour au matin on enlève les points de suture et on place une ceinture par dessus le pansement.

Le soir à 10 h., vomissements très forts, tout l'intestin est dans le pansement. Division complète de la paroi. Tous les points ont sauté. On aperçoit le petit intestin, le colon transverse, la grande courbure de l'estomac.

On rentre tout cela le mieux possible, puis on met 12 points séparés au fil d'argent, prenant toute la paroi.

Guérison complète dans la suite.

Observations de femmes laparotomisées antérieurement à leur grossesse; accouchée à Tenon dans le service de M. le Dr Demelin qui a bien voulu nous les communiquer. (Années 1909 et 1910).

Obs. N° VI.

Femme opérée de salpingite en 1899 après sa première grossesse. Depuis elle a eu 3 autres grossesses normales. Cicatrice médiane sous-ombilicale. Enfant de 3590 grammes.

Obs. N° VII.

Laparotomie en 1908 pour coup de couteau (?) dans le ventre, entre la 5e et la 6e (dernière) grossesse. 6e accouchement spontané. Enfant macéré de 2220 grammes.

Obs. N° VIII.

Création d'un anusiliaque pour obstruction intestinale due à un rétrécissement du rectum en 1908. Puis à la suite 3e grossesse.

Accouchement spontané facile d'un enfant de 2600 grammes le 30 janvier 1909.

Obs. n° IX.

Laparotomie pour salpingite et appendicite il y a 3 ans, avant son premier accouchement qui eut lieu en 1907.

2e accouchement le 7 mars 1909, spontané. Enfant très développé.

Obs. n° X.

Appendicite opérée à l'âge de 18 ans, avant la première grossesse. Accouchement spontané. Enfant de 3520 grammes.

Obs. n° XI.

Opérée d'appendicite en 1907. Il est resté une fistule pyosanguinolente qui est devenue stercorale depuis la grossesse. I pare. Accouchement spontané d'un enfant de 3220 grames.

Obs. n° XII.

Au cours de sa 1re grossesse, appendicite avec perforation de l'appendice et péritonite. Laparotomie. Double incision : une gauche et une droite. A droite persistance d'une fistule pyostercorale. 34 jours après l'opération accouchement spontané prématuré. Enfant débile de 1150 grammes.

Obs. n° XIII.

Opérée d'appendicite en 1908. 3 grossesses antérieures, une postérieure. Accouchement spontané le 25 juillet 1909. Enfant de 3310 grammes.

Obs. n° XIV.

Ovariotomie avant sa première grossesse. Accouchement spontané d'un enfant de 3570 grammes.

Obs. n° XV.

Opérée de grossesse extra-utérine. Puis deux accouchements spontanés à terme.

Obs. n° XVI.

Cicatrice de laparotomie latérale droite pour perforation intestinale (?) à l'âge de 15 ans. Vergetures gravidiques abondantes surtout autour de la cicatrice.

Primipare. Forceps pour souffrance fœtale. Gros enfant né vivant, pesant 4.000 grammes.

Obs. n° XVII.

Laparotomie pour salpingite en 1908. 2 grossesses avant, une après. Accouchement spontané. Enfant de 3540 gr.

Obs. n° XVIII.

2 grossesses à terme. Puis en 1907 laparotomie :

Ablation de l'ovaire droit scléro-kystique. Pointes de feu sur l'ovaire gauche. Hystéropexie, fixation des ligaments ronds dans les muscles droits.

3° accouchement spontané de 3270 grammes.

Obs. n° XIX.

Opérée d'appendicite 3 ans avant sa première grossesse 3 accouchements depuis le premier à 7 mois, le 2e à 8 mois.

Les enfants mourant très peu de temps après leur naissance.

Entre le 2e et le 3e arthrite, de la hanche gauche, d'origine probablement génitale, suivie d'ankylose dans la rectitude.

3e accouchement spontané le 3 janvier 1910, à 8 mois 1/4.

Enfant vivant de 2650 gr. Suites de couches normales. Paroi abdominale suffisante.

Obs. n° XX.

IIe pare. Première grossesse en 1908. Forceps. Enfant vivant. 2e grossesse actuelle. O I D P. Accouchement spontané. Enfant de 3920 gr. Durée totale de l'accouchement : 10 h. et demie. Durée de l'expulsion : un quart d'heure.

A été opérée d'appendicite il y a 13 ans. La cicatrice offre un point faible, de la largeur d'une pièce de 1 fr. due au drain.

Obs. n° XXI

I Pare. — *âgée de 15 ans* Opérée il y a un an d'appendicite Grossesse et accouchement normaux. Durée totale 16 h. 1/2 O I G A. Enfant de 2400.. gr.

Obs. n° XXII

VI Pare. — *32 ans.* Opérée au 3e mois de sa grossesse actuelle pour appendicite et éventration. Double cicatrice latérale. Grossesse normale. Accouchement spontané

CONCLUSIONS

1°) La paroi antéro latérale de l'abdomen joue un rôle important dans l'accouchement. Elle agit principalement au moment de la période d'expulsion proprement dite, mais cependant elle intervient pour la dilatation du col.

Elle sert également de point d'appui à l'utérus au moment de ses contractions.

Pour M. Pinard elle joue aussi un rôle dans l'accommodation du fœtus.

2°) L'éventration spontanée, post-partum, est l'état de distension de l'espace fibreux qui sépare les bords internes des 2 muscles grands droits de l'abdomen, sans fissure dans ce plan aponévrotique, et qui se produit après certains accouchements (Quénu).

3°) Cette éventration spontanée relativement assez fréquente, outre des symptômes généraux subjectifs et objectifs, peut amener de la ptose des viscères abdominaux et surtout de l'hépatoptose et de la néphroptose.

4°) Au moment de l'accouchement, de par l'anteversion de l'utérus, elle peut être cause, de dystocie soit par lenteur exagérée du travail soit par présentation vicieuse et nécessiter une intervention.

5°) A côté de cette éventration spontanée post-partum il en est une autre, beaucoup plus exceptionnelle cependant, c'est l'éventration post-opératoire survenant à la suite d'une laparotomie. Elle peut si elle est volumineuse l'influencer la grossesse et l'accouchement au même titre que la précédente, et cela surtout si elle est latérale (transmusculaire).

Vu : *Le Président de la thèse*,
DELBET.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

B. Anger. — *Dictionnaire des sciences médicales.*

Auvard. — *Traité pratique de gynécologie.*

Audebert et Fournier. — Opérations césariennes et éviscération, *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*

Balandin. — Congrès de Berlin (1890).

Berger — *Traité de Chirurgie.*

Boquel. — *Société obstétricale de France*, 1908, p. 178.

Brindeau. — *Société obstétricale de France*, 1908, p. 167.

Cange. — *Des éventrations spontanées et leur traitement*, thèse Paris, 1898.

Caselli. — *Laparotomie pour éventration.*

Chanteux. — *Des éventrations post-opératoires.* Thèse Paris, 1898.

Cazeaux. — *Traité d'accouchement.*

Cochot. — *Appendicite et éventration.* Thèse Paris, 1898.

Dauriac. — *Paroi abdominale et cavité de Retzius.* Traitement chirurgical des éventrations. Thèse Paris 1896.

Delbet. — *Suppurations pelviennes chez la femme.* Paris, 2889.

Demelin. — Opérations césariennes itératives. *Société O. G. P.* 1908.

Dennecé. — *Insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations.* Thèse Paris, 1902.

Doleris et Pichevin. *Traité de Gynécologie.*

Doleris. — Eventrations de la grossesse (*in la Gynécologie*), 1897.

Glenard. — *Lyon médical.* (1885 et 87).

— *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (1886).

Hahn. — *Dictionnaire Dechambre*, Article Eventration.

Keim. — *Expression utérine.* Thèse Paris, 1900.

La Torre. — Congrès de Genève (1896).

Mattei. — *Essais sur l'accouchement physiologique.*

Pinard. — *Palper abdominal*, (1889).

FAURE (J. L.). — (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*), 1898.

FOSSE. — *Contribution à l'étude des éventrations.* Thèse Montpellier, 1897.

POIRIER. — *Anatomie.*

QUÉNU. — *Société de chirurgie.* (1896).

QUERNEAU. — *Eventration post-partum*, Thèse Paris, 1897.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Précis d'obstétrique.*

TARNIER-CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements.*

TESTUT. — *Anatomie.*

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique.*

TOURNEMELLE. — *Eventration post-opératoire*, Thèse Paris, 1900.

ANGOULÊME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD & Cie